FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1937. N° 25

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

RENNERT BERL

né à MILIE (Roumanie), le 27 juillet 1907

EUGÉNIQUE, STÉRILISATION ET MÉDECINE LÉGALE

Président: M. CHAVIGNY, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE SPÉCIALE
1937

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1937. N° 25

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

RENNERT BERL

né à MILIE (Roumanie), le 27 juillet 1907

EUGÉNIQUE, STÉRILISATION ET MÉDECINE LÉGALE

Président: M. CHAVIGNY, Professeur.

STRASBOURG
IMPRIMERIE SPÉCIALE
1937

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	FORSTER, ✻, ✪ I.
Assesseur		WEILL, ✻ ✪ I.

Professeurs:

Embryologie	MM.	ANCEL, ✻, ✪ I.
Anatomie		FORSTER, ✻, ✪ I.
Histologie		BOUIN, O. ✻, ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER, ✪ I.
Physique biologique		VLES, ✻, ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX, O. ✻, ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON, ✻, ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ, ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		N.....
Médecine légale		CHAVIGNY, C. ✻, ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN, ✻, ✪ I.
		AMBARD, ✻, ✪ I.
Clinique chirurgicale		LERICHE, O. ✻, ✪ I.
		STOLZ, ✻, ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL, ✻, ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER, O. ✻, ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF, ✻, ✪ I.
Clinique neurologique		BARRE, ✻, ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB, ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER, ✻, ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT, ✻, ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		N.....

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max, ✻ ✪ I.
BELLOCQ, ✪ I.
GERY, ✪ I.

Chargés de Cours et Agrégés:

MM. BENOIT, ✪ A.
FONTAINE, ✪ A.
GELMA, ✪ I.
GUNSETT, O. ✻, ✪ I.
HANNS, ✻, ✪ I.
HUMBERT, ✻, ✪ A.
KAYSER, ✪ A.
KELLER, ✪ I.
KREIS, ✪ A.
LARROUSSE, ✪
LE GUYON
REISS
SIMONIN, ✻, ✪ A.
THIVOLLE
VAUCHER, ✻, ✪ I.
WAITZ
WEISS A., ✻ ✪ A.
WOLF, ✪ A.

Agrégé libre: M. SIMON, ✻, ✪ A.

Directeur de la Clinique dentaire: M. ROMEY, ✻, ✪ A.

Chargé d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M., ✪ A.
ROEDERER, ✪ A.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

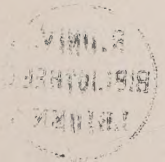
En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidéle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



A ma Mère

à laquelle je dois tout; rien ne saurait exprimer ma gratitude, pour les sacrifices innombrables qu'elle s'est imposés pour moi.

A mon Père,

témoignage de mon amour filial.

A mes Sœurs et à mon Frère,

signe de mon amitié.

A mes Oncles et mes Tantes,

faible témoignage de ma reconnaissance pour leur grand dévouement.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Paul CHAVIGNY

Médecin général de l'Armée
Commandeur de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Strasbourg.

Aux membres de mon Jury.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548005_0062

INTRODUCTION

Le mot « Eugénique » est d'origine grecque et veut dire « bon engendrement, bonne naissance ».

C'est le naturaliste anglais Francis Galton qui le premier a employé ce terme pour désigner une nouvelle science qui se propose « d'étudier les facteurs et les moyens susceptibles d'améliorer la race humaine ». Edm. Perrier définit cette science, dans « Eugénique et Biologie », comme ayant pour objet « l'application des lois qui régissent la vie, au perfectionnement des organismes en général, et en particulier au perfectionnement de l'espèce humaine ».

Cette idée si tentante d'entreprendre quelque chose pour perfectionner la race humaine (l'expression race prise dans un sens large), a suscité de suite un vif enthousiasme et des « Sociétés d'Eugénique » se sont constituées dans presque tous les pays civilisés.

Toutefois, nous ne pouvons pas prétendre que cette idée si intéressante soit le produit des temps modernes et que nos contemporains en aient été les premiers initiateurs. Là encore, les Grecs, nos admirables précurseurs dans autant de domaines, nous ont devancés. Pendant qu'Athènes a créé l'idéal de la beauté humaine, physique, intellectuelle et morale et a cherché de la réaliser dans ses institutions, les Spartiates, peuple plus guerrier, ont pratiqué l'Eugénique d'une manière plus

primitive. Pour épurer leur peuple des êtres difformes, ou qui ne leur paraissaient pas assez résistants, ils les précipitaient, dès leur naissance, du haut du Taygète.

Par rapport à ce moyen brutal, la stérilisation, moyen « moderne », peut nous paraître assez humaine. Malgré cela, il y a beaucoup d'auteurs qui combattent ce moyen moderne, comme encore trop barbare, en outre comme inefficace et injustifié par la science d'aujourd'hui.

Pour voir dans quelle mesure ils ont raison ou tort, il nous faudra examiner de plus près les lois qui régissent l'évolution humaine, les possibilités de leur application pratique du point de vue eugénique, l'efficacité de la stérilisation comme moyen eugénique et ses rapports avec la médecine légale.

CONSIDERATIONS GENERALES

L'Eugénique poursuit donc le but d'améliorer la race humaine en améliorant le potentiel héréditaire. L'homme étant le porteur de ce potentiel, il faut donc agir sur lui pour arriver au but. En ce qui concerne les moyens à employer, il y en a de « positifs » et de « négatifs ». D'après le choix qu'on en fait, on peut distinguer deux tendances, basées sur deux théories différentes pour expliquer l'évolution de la race humaine :

1) La première tendance, qui est contre toute mesure brutale en matière d'eugénique et combat la stérilisation comme inefficace et injustifiée, se base sur la théorie « évolutionniste » qui attribue au milieu le rôle déterminant de l'évolution. Ses partisans disent que le rôle de l'hérédité se borne à la transmission des caractères acquis à travers les siècles sous l'influence du milieu.

2) La seconde tendance défend la stérilisation comme moyen eugénique. Elle nie toute importance héréditaire aux caractères acquis et explique l'évolution de l'homme par la théorie des mutations spontanées.

C'est donc la stérilisation comme moyen eugénique qui départage les deux tendances.

Les autres moyens, plus positifs, qui ont été préconisés par les eugénistes sont :

1° le certificat prénuptial, moyen plus pacifiste, pour empêcher les anormaux, les indésirables, de se marier;

2° une politique intelligente d'encouragement des sujets sains, normaux à se multiplier plus activement;

3° l'isolement, l'internement des anormaux, des tarés, pour les empêcher de se multiplier, et autres moyens prohibitifs qui n'engagent pas autant la responsabilité du médecin par leur irrévocabilité que la stérilisation définitive.

Nous sortirions du cadre forcément limité de notre travail si nous voulions insister en détail sur tous ces moyens. Nous nous bornerons donc spécialement à la question de la valeur eugénique de la stérilisation et de ses rapports avec la médecine légale.

PREMIERE PARTIE

L'EUGENIQUE

L'homme, qui est notre objet d'étude et en même temps notre but, est le produit de deux facteurs :

A) le Milieu,

B) l'Hérédité.

Comme nous l'avons vu plus haut, les opinions divergent quant à l'importance héréditaire du milieu. Les uns prétendent que c'est grâce au milieu que notre patrimoine héréditaire s'est constitué et s'est enrichi au cours des siècles écoulés. Les autres lui contestent toute valeur eugénique et cherchent à expliquer la constitution de notre patrimoine héréditaire par le simle jeu de l'hérédité.

Le milieu, d'après ces derniers, ne déterminerait que le phénotope, c'est-à-dire que son rôle se bornerait à favoriser l'épanouissement de telle ou telle disposition transmise par l'hérédité; cette action n'aurait aucune influence sur le génotype, c'est-à-dire sur le potentiel héréditaire.

Pour voir qui des deux a raison, nous allons examiner dans un premier chapitre l'importance eugénique du milieu.

Dans un deuxième chapitre nous examinerons plus en détail l'importance de l'hérédité pour l'eugénique pratique.

CHAPITRE PREMIER

Le milieu

Le milieu, dans son importance pour le développement de l'individu et partant peut-être pour la race, se compose des facteurs suivants :

1° des conditions climatiques,

2° des conditions géographiques,

3° de l'éducation et du milieu psychologique,

4° de la profession et de l'activité accessoire (sports, etc.),

5° de la nourriture et de l'habitation hygiénique, etc.

Nous avons énuméré tous ces facteurs sans penser qu'il soit bien nécessaire d'insister en détail sur leur importance relative. Ce serait trop banal, par exemple, que d'insister sur l'importance de la température, de la densité, humidité, pression, etc., de l'air, sur sa richesse en poussières et en microbes pour la santé de l'homme, et partant pour tout un peuple. C'est le même cas pour les autres facteurs; nous n'avons à penser qu'aux maladies professionnelles et par contrecoup à l'importance des sports pour la santé d'un peuple.

Mais il en est qui prétendent que tous ces facteurs n'ont d'influence que sur la santé et le bien-être indivi-

duel et n'ont pas de retentissement sur la descendance. Notre bon sens nous dit que nous ne pouvons pas séparer les glandes sexuelles, organes de dépôt et de transmission de nos caractères héréditaires, du reste du corps, et que si notre organisme est malade ou sain, cela ne peut pas rester sans influence sur les glandes sexuelles. Pour illustrer la question, nous allons citer la belle expérience de Frédéric HOUSSAY, exposée dans « Eugénique et Régimes alimentaires » par l'auteur lui-même. Il raconte les faits suivants: « De 1900 à 1901, j'ai soumis au régime exclusif de la viande crue six générations de poules. La viande très fraîche était empruntée aux animaux ordinaires de la boucherie et ne comportait aucune cause de toxicité spéciale, telle qu'en fournit la chair de cheval ou la viande faisandée.

Au premier abord, le changement de régime parut très favorable, accroissement de la ponte, beauté du plumage, tout s'améliorait, et si par exemple l'expérience n'avait duré que 2 ans, j'aurais dû conclure au bienfait de l'alimentation carnée. Mais avec le temps tout changea. Je n'insiste pas sur les symptômes d'intoxication croissante et de fatigue organique que j'ai longuement relevés, ni sur l'apparition d'arthrites déformantes, toujours mortelles quand on les laissait évoluer et dont j'ai guéri plusieurs cas par le retour au régime végétarien.

Je me borne seulement à indiquer les modifications profondes que j'obtins sur tous les organes : jabot, gésier, intestin, foie, reins, caecum, etc. Je retiens que ces modifications acquises se montraient héréditaires et pouvaient être relevées sur les jeunes poussins avant que la pratique de leur vie individuelle n'eût amenée sur eux aucune transformation. Ce dernier point importe beaucoup pour l'Eugénique.

Je veux insister surtout sur ces faits que le régime, d'abord favorable, puis à la longue défavorable aux individus, l'était beaucoup plus aux germes et par suite

à la race qu'il atteignait sûrement et déjà à travers les individualités d'apparence encore vigoureuses.

Les premières années, je mettais en incubation un nombre d'œufs suffisant pour avoir les sujets nécessaires à la poursuite de mon expérience une génération de plus et, comme d'abord tous les œufs éclosaient, je ne faisais qu'un petit nombre d'incubations. Puis les éclosions devenant plus rares, je fus obligé de mettre en incubation tous les œufs pondus. Les incubations étaient toujours pratiquées avec des poules couveuses, dans les meilleures conditions naturelles.

Voici, d'année en année, comment décrurent le nombre d'éclosions pour 100 œufs couvés et sûrement fécondés :

100 27,2 18,6 6,35.

La toxicité du régime se traduisait donc sur les œufs et progressivement les empêchait d'éclore.

Plus encore, dans la même année, une poule pondeuse s'intoxiquait davantage à mesure que s'avançait sa vie; aussi la proportion des succès au nombre total des œufs incubés allait en décroissant de façon toujours plus marquée jusqu'à devenir tout à fait nul à la fin de la saison. En juillet et août, il y avait beaucoup de développements commencés (preuve de la fécondation) et qui s'arrêtaient au 4e et 5e jour, ne donnant aucune éclosion.

Autre fait de grande importance : Non seulement dans notre expérience prolongée les œufs se développent de moins en moins, mais, en outre, les poules écloses ont moins de vitalité. Le nombre des animaux qui n'atteignent pas l'état adulte va en croissant, et les morts prématurées sont de plus en plus précoces.

Le nombre d'adultes pour 100 éclosions décroît constamment suivant la série :

66,6 45,4 33,3 25,0 0.

Et voilà un régime qui a conduit une race à l'anéantissement en 6 générations, par la stérilité croissante.

Or, combien de familles humaines, de celles que l'histoire inscrit les généalogies, qui se sont ainsi éteintes en un nombre de générations comparable à celui-là et à propos desquelles il est permis de se demander si le genre de vie n'a pas été la cause même de leur extinction.

Qu'un régime alimentaire mal équilibré, mal réglé sur la dépense organique, puisse être un déterminant de tares et de dégénérescences, le soupçon peut en venir si l'on pense tout de suite au cas extrême qui serait par exemple l'alcoolisme, le type du très mauvais régime alimentaire. »

«C'est ainsi que de génération en génération, chaque individu commence sa vie individuelle dans des conditions moins favorables que ses procréateurs; finalement les familles s'éteignent; dans les grandes villes, par exemple à Paris, bien peu de personnes ont une ascendance urbaine atteignant trois générations. »

Nous voyons donc que rien que par sa composition, un régime alimentaire peut devenir toxique à la longue et pour l'individu et pour sa descendance.

Nous n'avons rien à ajouter quant aux conclusions que Frédéric Houssay tire de son expérience.

Mais ce n'est pas seulement l'influence malsaine des milieux défavorables sur l'individu et sa descendance qui nous importe de constater. Nous avons peut-être encore plus d'intérêt de chercher l'influence positive, constructive que le milieu peut avoir sur la transmission héréditaire; c'est là que la question se complique. Pour en parler, nous sommes obligés de toucher à la question si intéressante et si obscure encore de l'hérédité et de la « transmission héréditaire des caractères acquis ».

CHAPITRE II

L'hérédité

Le grand problème de l'hérédité est encore loin d'être complètement élucidé. Avant d'entrer en détail dans la question, il faut que nous distinguions les faits et les différentes théories qui cherchent à les expliquer.

Le fait fondamental est le suivant : « Tout être vivant ressemble plus ou moins à ses ascendants ».

Ce sont des cellules spéciales appelées cellules sexuelles qui chez les êtres multicellulaires sont chargées de la multiplication de l'espèce et de la transmission de ses caractères. Il faut que deux cellules sexuelles, chacune d'un autre sexe, se fusionnent pour donner un être nouveau. Cet être nouveau va recevoir les caractères de ses ascendants à travers les cellules sexuelles; mais pour expliquer le mécanisme de cette transmission, on se heurte à de grandes difficultés.

C'est un botaniste autrichien, le moine Grégoire Mendel, qui en a découvert les premières lois, appelées ultérieurement en son honneur « Lois Mendéliennes ».

Elles se basent sur les faits expérimentaux suivants : si l'on croise des pois, ne différant entre eux que par la couleur des fleurs, les unes rouges, les autres blanches, on constate que les produits de cette première génération sont tous à fleurs rouges et que par conséquent le carac-

tère couleur rouge est dominant par rapport au caractère blanc, dit « récessif ».

Si de nouveau ces métis rouges se reproduisent entre eux, les produits seront pour les trois quarts rouges et pour un quart seulement blancs.

Si l'on croise de nouveau les rouges, on obtient de nouveau 75 % de rouges et 25 % de blancs, et ainsi de suite. D'où l'on conclut que 100 graines de la première génération des métis renfermaient 25 pois à fleurs blanches, 25 pois à fleurs rouges et 50 pois semblables aux métis de la 2e génération, autrement dit possédant les deux caractères, rouge (dominant) et blanc (récessif).

On peut exprimer ce fait par la formule suivante :

$$\frac{R}{B} \times \frac{B}{R} = IRR + 2RB + 1BB$$

dans laquelle R = couleur rouge et B = couleur blanche.

Il y a en conséquence disjonction progressive des caractères blanc et rouge, ce qui explique que les pois blancs qui ne possèdent que le caractère récessif donneront toujours entre eux des pois blancs. Dans les expériences précédentes, les deux couleurs sont dites « Caractères Mendéliens », parce qu'ils suivent les lois de Mendel. Parmi ces caractères les uns sont appelés caractères dominants parce que par leur simple présence ils empêchent d'autres caractères dits « récessifs » de se manifester, malgré que ces caractères récessifs ne soient ni absorbés ni détruits, puisqu'ils peuvent réapparaître dès que les gamètes ou les cellules sexuelles ne possèdent plus les caractères dominants correspondants.

Pourquoi un caractère est-il dominant ? Personne, jusqu'à présent, n'a pu l'expliquer. Il y a beaucoup d'hypothèses, dont pas une n'a pu être vérifiée. A noter cependant que Morgan a pu localiser les caractères mendéliens dans les petits corpuscules, très colorables, qui

jouent un certain rôle dans la division cellulaire et qu'on appelle « Chromosomes ». Tous les caractères des espèces végétales et animales admettent beaucoup d'exceptions aux lois de Mendel, comme l'a montré F. Le Dantec. Ces lois ne s'appliquent guère qu'aux détails d'ornement extérieurs, couleurs des différents organes, par exemple, mais moins précisément (ou plutôt plus difficilement analysable) aux structures profondes et essentielles. D'ailleurs, les proportions dans lesquelles se répartissent chez les descendants les caractères mendéliens sont loin d'avoir la rigueur que laisse supposer l'étude à ce point de vue des pois, des souris, etc., et ne sont qu'approximativement vérifées chez un grand nombre de sujets. Elles ne se montrent jamais les mêmes, mais oscillent seulement autour d'une moyenne qui par elle-même n'existe réellement pas.

Nous pouvons donc conclure, d'après ces faits exposés que :

1° L'hérédité se transmet par des caractères individuels, appelés encore « gènes », localisés dans les chromosomes.

2° Ces caractères se transmettent plus ou moins individuellement.

Mais nous devons admettre, d'après des expériences plus récentes, qu'ils peuvent combiner leur action, former des groupes plus ou moins solidaires ou au contraire exercer une action contrecarrante les uns sur les autres.

Nous voyons donc de suite les difficultés qu'il y aura de tirer quelque profit de ces lois pour la race humaine. Mais même si nous admettons que ces lois soient entièrement valables pour l'homme, nous ne sortirons pas pour si peu des difficultés. Nous avons vu que dans les 75 % rouges de la première génération, dont les parents ne se distinguaient que par un seul caractère, la couleur, on

devait en supposer deux sortes, sans qu'on puisse les distinguer de prime abord, une qui ne renfermait pas de caractères récessifs et qui formait 25 % du groupe, et une autre, qui sous la couleur dominante rouge renfermait le caractère récessif blanc et qui formait les deux tiers de la couleur rouge. Imaginons maintenant les difficultés qu'il y aurait pour nous de prévoir la descendance d'un homme et d'une femme, qui renferment, tous les deux, des milliers de caractères distinctifs. Pensons aussi aux milliers de variations possibles que ces milliers de caractères peuvent donner dans leurs combinaisons. Un caractère récessif peut apparaître ou disparaître suivant la présence ou l'absence d'un caractère correspondant dominant.

Reste à élucider la grande question sur la transmissibilité des caractères acquis. Il s'agit de savoir si en arrivant à perfectionner certaines qualités d'un individu, ce perfectionnement se transmettra à sa descendance ou bien restera passager, limité à l'individu. Ce problème a été depuis un demi-siècle l'objet de controverses et de recherches très importantes.

Lamarck dans sa « Philosophie zoologique » (1809) expliquait toute l'évolution des espèces par l'hérédité des caractères acquis. Darwin, sans insister autant sur ce mécanisme, ne le niait pas non plus. C'est seulement Aug. Weismann qui, en 1885, par une critique précise combattait cette théorie et la remplaçait par des explications théoriques nouvelles.

Les recherches ultérieures faites pour combattre les arguments de Weismann, et pour démontrer la transmission des caractères acquis n'ont pas comporté des résultats convaincants. Les propriétés constitutionnelles (génotypiques) ne sont pas modifiées, de façon appréciable, par l'action des différents facteurs du milieu extérieur (Caullery). Serait-ce parce que l'homme ne peut jamais, dans ses expériences, imiter complètement la

nature? Mais il faut faire une réserve pour le rôle que les actions du milieu ont pu jouer dans le passé, au cours de certaines périodes de l'histoire de divers organismes; il est bien difficile, en dehors de toute hérédité des caractères acquis, de comprendre la plupart de faits incontestables d'adaptation.

La théorie des mutations spontanées, que certaines expériences semblent justifier, ne saurait pas nous contenter dans ce sens parce qu'il faudrait alors admettre, pour expliquer l'existence d'une grande race que ces mutations soient apparues spontanément sur un grand nombre de sujets, parce que la descendance de la race humaine à partir d'un seul homme préhistorique (chez qui les caractères des hommes d'aujourd'hui seraient apparus spontanément) n'est pas admise.

On se demande pourquoi alors de telles mutations spontanées, qui étaient dans le passé capables de constituer une race nouvelle, n'apparaissent plus aujourd'hui ?

La théorie si vague encore de la mutation spontanée sert aujourd'hui de justification de la stérilisation pour des tares, ces tares étant considérées comme des mutations indésirables, héréditairement transmissibles (K. H. Baur: Rassenhygiene).

De l'autre côté pour expliquer les difficultés d'apparition et de constatation des caractères acquis chez les descendants. Rich. Semon a émis la théorie des «engrammes», qui sont des traces encore invisibles, imprimées au potentiel héréditaire par le milieu et qui vont se renforçant à travers des générations soumises au même milieu pour devenir des « mnèmes » qui, elles, sont déjà visibles.

DEUXIEME PARTIE

LA STERILISATION

La stérilisation est une intervention médicale ou chirurgicale pour rendre inféconds l'homme ou la femme. Elle se distingue de la castration par ce fait que les glandes sexuelles — l'ovaire ou le testicule — ne sont pas touchées par cette intervention.

Les glandes sexuelles sont en même temps des glandes endocrines et comme telles d'une importance capitale pour l'organisme; elles ne déterminent pas seulement les caractères sexuels, dits secondaires, mais ont une influence manifeste sur l'habitus général de l'homme. La castration qui prive l'individu de ses glandes sexuelles change aussi bien son aspect pysique que son comportement psychique. Le châtré se rapproche dans son aspect extérieur plus ou moins du sexe adverse en ce qui concerne les caractères sexuels secondaires; son instinct sexuel fait plus ou moins défaut, il a tendance à l'engraissement (eunuques), etc.

On a proposé d'utiliser cette propriété de la castration de léser l'instinct sexuel pour le cas de certains condamnés pour crimes de mœurs.

La stérilisation telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui couramment dans certains pays pour motifs eugéniques ne lèse pas du tout l'instinct sexuel. La gravité de

l'intervention ne consiste pas dans un danger possible immédiat au moment de l'intervention, ni dans les suites fâcheuses éventuelles ultérieures (qui n'existent pas), mais dans le fait qu'elle fait perdre à l'individu définitivement la capacité d'avoir des enfants, c'est-à-dire le lèse dans un de ses droits (et peut-être devoirs) les plus élémentaires.

Les principales raisons qui ont été invoquées dans les différents pays pour l'adoption de cette mesure sont les suivantes :

D'après des statistiques, il a été constaté :

1° que les descendants des tarés héritaient souvent la même maladie mentale ou d'une autre analogue;

2° que les anormaux, les dégénérés se multipliaient beaucoup plus que les normaux;

3° que le nombre de criminels et d'anormaux augmentait de plus en plus;

4° que le patrimoine héréditaire de la race se détériorait de plus en plus, les incapables augmentant en leur nombre au détriment des capables.

5° qu'il y a danger à ce que la charge imposée par les anormaux à la société ne devienne à la longue trop écrasante.

Les adversaires de la stérilisation eugénique objectent que le phénomène de la multiplication excessive des tarés et de ses conséquences funestes, indiquées plus haut, auraient dû se produire depuis longtemps, puisque la stérilisation, pour motif eugénique, n'a pas été pratiquée, de façon systématique dans le passé, nulle part. A cette objection, les adeptes de l'intervention répondent que jusqu'ici les incapables, les tarés étaient éliminés automatiquement grâce au libre jeu de la sélection naturelle. Ce libre jeu de la sélection se trouverait aujour-

d'hui, d'après eux, entravé à cause des lois sociales, de prévoyance et de protection, de la société moderne, qui permettraient aux dégénérés d'arriver à l'âge adulte et de se multiplier. Les adversaires ne se tiennent pas pour battus et répondent que les guerres et les maladies qui décimaient jusqu'ici périodiquement l'humanité n'épargnaient pas plus les capables que les incapables, mais au contraire c'étaient surtout les plus capables qui y étaient les plus exposés. En temps de guerre, c'étaient surtout les plus capables, les plus forts qu'on mettait au front et qui y étaient tués, pendant que les faibles, les incapables, restaient en arrière, à l'abri du plus grand danger. Et les épidémies, ce fléau des temps passés, elles non plus, ne rencontraient pas plus d'immunité chez les dégénérés que chez les normaux, les capables. En ce qui concerne les statistiques qui démontreraient l'accroissement incessant des dégénérés, les adversaires de la stérilisation comme mesure eugénique, disent que leur valeur est très relative, la même statistique pouvant souvent changer, suivant les auteurs et leur point de vue. J. Oest, par exemple, a fait une statistique pour démontrer que les dégénérés, les incapables, se multiplaient plus vite que les capables (dans « Die Ergebnisse der modernen biologischen Forschungen in ihrer Bedeutung für die Bevölkerungsfrage »). Dans cette statistique il compte parmi les incapables tous ceux qui sont restés en arrière à l'école ou dans la vie, sans tenir compte des conditions matérielles et du milieu des sujets.

Il y a encore des raisons d'ordre religieux, moral et juridique que les adversaires de la stérilisation eugénique invoquent et sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Mais la question doit nous intéresser, comme médecin, dans ses aspects suivants :

I. Quels sont les moyens et les méthodes de stérilisation ?

II. Quelles sont les raisons et les modalités d'application de la stérilisation dans les différents pays ?

III. Quelle est la base scientifique qui justifie une telle intervention du point de vue eugénique ?

IV. Les lois existant en France, permettent-elles une telle intervention dans un but eugénique ou autre ?

I. *Quels sont les moyens et les méthodes de stérilisation?*

Il y a plusieurs moyens et de méthodes d'application innombrables qui ont été préconisées et expérimentées par des différents auteurs.

Comme moyens on a à sa disposition pour procéder à la stérilisation :

a) les moyens opératoires,

b) les moyens physiques,

c) les moyens biologiques.

On peut procéder à la stérilisation *définitive* ou *temporaire*, suivant le cas.

a) LES MOYENS OPERATOIRES

Suivant qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, l'intervention peut présenter des risques ou non.

La stérilisation chez l'homme

Chez l'homme, l'intervention est sans danger et d'une facilité extraordinaire, à cause de la situation superficielle de l'organe, de l'accès facile aux canaux déférents, sur lesquels on opère en général. Ils sont même accessibles au simple toucher derrière les testicules. On peut les isoler facilement. Sous anesthésie locale on fait une incision longitudinale de 2 cm., à une distance de 2 cm. latéralement et au-dessous de la racine de la verge,

on isole les canaux, et après ligature double on excise une portion de 5-10 mm.; on recouvre le bout périphérique par un capuchon formé du canal lui-même, et après on suture la peau. Le malade peut se lever tout de suite après l'opération, et continuer son travail. (L. Fränkel dans « Die Empfängnisverhütung »). L'opération ne dure que quelques minutes et n'a aucun retentissement sur l'organisme en général.

La stérilisation temporaire chez l'homme

L. Fränkel décrit (d'après Schmerz) la méthode suivante :

Avec un bistouri très fin on fait une incision de 1,5 à 2 cm. le long du canal, on en enroule les lèvres et on les fixe ainsi par des sutures à travers la paroi postérieure du canal. Le cylindre épithélial du bout distal est aussi enroulé; ainsi, la paroi musculaire postérieure, sans épithélium, du canal, sert de transition entre l'orifice proximal du canal et la portion enroulée. Sur ce pont de transition on fixe par des sutures très fines la muqueuse testiculaire et canaliculaire, puis la peau. Ainsi l'orifice proximal n'est pas formé et les spermatozoïdes peuvent sortir et arriver sur le pont de transition; mais avec le temps le tissu conjonctif néoformé ferme cet orifice. Schmerz appelle cette méthode « vasofissure ».

Traitement réparateur

Pour rendre la perméabilité de nouveau aux canaux, on n'a qu'à libérer les canaux déférents; on recherche par des incisions transversales rapprochées en quel point la perméabilité de deux bouts commence, on introduit un mandrin très fin et on suture sur lui, laissant une partie du mandrin percé au dehors pour pouvoir le retirer à la fin du traitement réparateur. Il paraît qu'il y a un inconvénient, parce que les spermatocytes s'atro-

phient peu à peu pendant la période de stérilisation et que les cellules interstitielles tendent, par une multiplication intense, à les remplacer. Peut-être, en rétablissant la fonction normale de la glande par la deuxième intervention, arrive-t-on à ranimer la fonction normale des glandes sexuelles.

La stérilisation chez la femme

Théoriquement, on peut intervenir sur tout le tractus génital de la femme pour empêcher la rencontre et la fusion du spermatozoïde avec l'ovule ou bien la nidation de l'œuf déjà fécondé. Effectivement, beaucoup de méthodes ont été préconisées pour intervenir sur les différentes parties du tractus génital. Pratiquement, c'est surtout sur la trompe et éventuellement sur l'ovaire qu'on intervient le plus souvent. C'est chez la femme que la question de la stérilisation temporaire, pour des raisons purement médicales, s'est pour la première fois posée. Le plus souvent il s'agissait d'une femme tuberculeuse pour laquelle une grossesse ou une nouvelle grossesse présentait un danger mortel, mais qui avait des chances de guérir ultérieurement, assez pour pouvoir mener à terme, plus tard et sans danger, une grossesse nouvelle.

Quelles sont d'abord les méthodes de la stérilisation définitive ?

La stérilisation définitive chez la femme

Les méthodes sont très nombreuses et il serait superflu de notre part d'insister en détail sur chacune d'elles. Les principes sur lesquels la plupart se basent sont : section, ou résection d'une portion de la trompe, après ligature préalable, avec suture et recouvrement péritonéal des deux bouts, ou du bout utérin seulement, avec ou sans leur enfouissement dans une poche artificielle. Ou bien certains pratiquent l'écrasement, avec une pince,

d'une portion de la trompe. Malgré le grand nombre de méthodes, il n'en est pas une seule qui mette tout à fait à l'abri de surprises, c'est-à-dire d'une nouvelle grossesse imprévue. Une fois de plus, la nature montre qu'elle sait vaincre tous les obstacles que les hommes mettent au travers de son chemin. Toutes les méthodes tendent donc à éviter le danger du rétablissement possible de la perméabilité de la trompe. Celle-ci, à cause de sa grande souplesse, arrive à la faveur des mouvements incessants intrabdominaux, à rétablir les rapports normaux des organes. Les organes peuvent d'abord se mortifier localement, au niveau des points de suture, arriver à relâcher ces sutures, puis à revenir à leur position normale. C'est pourquoi certains chirurgiens ont préconisé de faire un nœud à la trompe.

On arrive quand même par un procédé approprié à des résultats assez satisfaisants.

Ce qui est plus intéressant, c'est de rendre la stérilisation telle qu'on puisse y revenir plus tard.

La stérilisation temporaire chez la femme

Ici aussi, beaucoup de méthodes ont été préconisées et il n'est pas possible de les énumérer toutes. Les mêmes pricipes que précédemment sont à la base de ces procédés :

I. Empêcher la progression des spermatozoïdes dans le tractus génital féminin;

II. Empêcher la sortie normale des ovules de l'ovaire et leur rencontre avec les spermatozoïdes.

I. Dans cette catégorie on peut distinguer deux types d'opération :

a) rendre impossible l'accès même de la trompe aux spermatozoïdes,

b) Empêcher les spermatozoïdes de sortir de la trompe et de se répandre dans le voisinage de l'ovaire.

a) Rendre impossible l'accès même de la trompe aux spermatozoïdes. On sectionne l'isthme de la trompe tout près de la corne utérine; la corne est péritonisée et l'isthme tubaire est lié et enfoui dans le ligament large (Reeb). Cette opération peut également être faite par voie vaginale, quoique avec moins de précision.

Au lieu de procéder avec le bistouri, on peut procéder :

ou bien par électrocoagulation, procédé préconisé par Mikulicz,

ou bien par galvano-cautérisation de la partie interstitielle à la manière de Dichinson.

Pour permettre dans la suite une nouvelle grossesse, une deuxième intervention est nécessaire, au cours de laquelle on procédera à une nouvelle implantation de la trompe au niveau de la corne utérine, d'après la méthode de Cotte par exemple.

Il existe déjà dans la littérature quelques observations de grossesse menée à terme après cette seconde opération. (Les cas de Gullen, Unterberger, etc.)

b) Pour empêcher la sortie des spermatozoïdes de la trompe, on a à sa disposition deux procédés, sinon plus :

ou bien on fait la ligature des ampoules tubaires avec péritonisation, — procédé emprunté à la chirurgie intertinale —,

ou bien on procède d'après le procédé d'Alfieri : sectionner et décoller le péritoine intervésico-utérin, enfouir dans la poche ainsi constituée la partie ampullaire des trompes, suturer ensuite le péritoine, etc. Il y a encore d'autres procédés (Fritsch, Freund et Hallendal)

pour enfouir et fixer l'ampoule tubaire dans d'autres endroits (dans le canal inguinal, entre le fascia et les muscles de la paroi abdominale, par exemple). Mais il y a toujours danger que les trompes ainsi enfouies ne changent d'aspect avec le temps (la muqueuse des franges peut s'accoller et s'atrophier), ce qui les rendra incapables de reprendre plus tard leur fonction précédente.

II. *Procédés pour barrer la route aux ovules.*

Le principe est d'enfouir et d'entourer complètement les ovaires de péritoine afin que les ovules libérés restent hors d'atteinte des spermatozoïdes. L'ovaire étant un organe moins fragile que la trompe, est plus maniable et souffre moins d'une hétérotopie éventuelle, pourvu qu'aucune atteinte ne soit portée à sa vascularisation.

Une deuxième opération est naturellement nécessaire pour rendre aux ovaires leurs rapports normaux, si une conception est de nouveau acceptable. C'est Vandervelde qui le premier pratiqua cet enfouissement des ovaires. Il faisait passer les ovaires à travers une boutonnière, faite sur le ligament large, puis suturait soigneusement la brèche, péritonisait et complétait la péritonisation avec des ligaments ronds. Il eut un succès : la femme devint enceinte à la suite d'une seconde opération qui libérait de nouveau les ovaires.

M. Reeb décrit un procédé un peu différent, pratiqué par lui, lors d'une interruption d'une grossesse de 3 mois chez une tuberculeuse qui avait des chances de guérison et qui désirait une stérilisation temporaire. (Reeb : La stérilisation temporaire.)

Sans qu'il soit nécessaire pour nous d'énumérer toutes les méthodes et d'insister sur tous les détails, nous pouvons déjà dégager la conviction que le chirurgien a presque toujours la possibilité de choisir et de réaliser suivant le cas ou bien la stérilisation temporaire ou bien

la stérilisation définitive. Nous croyons que la stérilisation temporaire peut et doit avoir ses indications aussi bien dans le domaine eugénique que dans le domaine purement médical, puisque les indications du point de vue eugénique pour une stérilisation en général, sont, comme nous verrons plus loin, beaucoup moins précises que du point de vue purement médical, et comporte donc un risque de régrets ultérieurs beaucoup plus grand.

Il nous reste encore à mentionner les autres moyens de stérilisation :

moyens physique et biologiques.

b) Les moyens physiques sont : les Rayons X et le Radium.

Nous n'insisterons pas sur les différentes méthodes d'application, parce que les rayons offrent l'inconvénient de léser aussi les cellules sexuelles jeunes, les ovocytes, et d'être la cause fréquente de beaucoup d'anomalies des fruits ultérieurs. Des cas ont été publiés où les enfants avaient un type mongoloïde, où il s'agissait de microcéphales, de malformations diverses, d'enfants se développant mal, ayant une intelligence amoindrie, etc. Il y a encore un inconvénient, celui de la difficulté du dosage des rayons, la dose nécessaire changeant avec l'âge de la femme. On ne peut fixer ni le début, ni la fin de la stérilisation passagère par les rayons. Vu les inconvénients de cette méthode et les dangers qui en résultent pour les enfants et leurs descendants, il n'est pas étonnant que les auteurs qui se sont occupés des Rayons X comme moyen de stérilisation temporaire, déconseillent aujourd'hui de les employer dans ce but.

c) Les moyens biologiques. — On distingue la méthode hormonale et humorale. Les glandes sexuelles de l'homme et de la femme ont une action contrecarrante réciproque. On est arrivé, chez des animaux (cobaye, lapin, rat, etc.) à rendre stériles temporairement la

femelle par des implantations (intramusculaires et autres) de testicules ou par des injections d'extraits de testicules. (Scaglione, Kovacs, Reiprich.) Reiprich est même arrivé à interrompre, à faire régresser (atrophier) une grossesse de quelques mois par l'injection de quantités suffisantes ou par des implantations répétées de testicules. On a souvent constaté une atrophie génitale générale de la femelle et surtout une atrophie folliculaire. Cette atrophie est réversible. De même est-on arrivé à rendre stérile le mâle par la parabiose avec la femelle. Reiprich a constaté après des injections au mâle d'hormone folliculaire que la fécondité de l'adulte était réduite au tiers, avec arrêt de spermatogenèse. Chez l'homme on n'a pas encore de résultats concluants. Mais on a la même objection à faire que pour les Rayons X et le Radium, c'est-à-dire qu'il y a toujours incertitude quant au début et à la fin de la stérilisation.

La stérilisation humorale se base sur le principe antigène-anticorps. On a remarqué que par des injections de sperme dans les veines de la femelle, on produisait dans le sérum des anticorps qui agglutinaient et détruisaient les spermatozoïdes. On constatait par la suite une certaine stérilité chez la femelle.

II. *Quelles sont les raisons et les modalités d'application de cette intervention dans les différents pays?*

Chaque pays qui l'a introduite invoque des raisons et emploie des formules d'application différentes.

Pour nous il s'agit de dégager les caractères essentiels de ces institutions...

C'est en général de stérilisation définitive qu'il s'agit, la stérilisation temporaire pour motifs eugéniques n'étant pas encore, autant qu'on sache, envisagée dans aucune législation.

La stérilisation aux Etats-Unis

C'est l'Etat d'Indiana qui le premier a voté la stérilisation en 1907. Successivement beaucoup d'Etats américains l'ont introduite (27 Etats). Aujourd'hui, ces lois sont encore en vigueur dans 19 Etats de l'Union. Il est à remarquer qu'aux Etats-Unis où ces lois sont pourtant vieilles de plus de vingt ans, elles n'ont été appliquées qu'assez rarement. « Leur caractère outrancier, la possibilité de fraudes, l'hostilité qu'elles rencontraient dans l'opinion publique et dans la majorité du corps médical, n'en ont guère facilité l'application » (Pieri). Dans quatre Etats elles furent rapportées. En général, les Américains ont recours d'abord à la stérilisation, à titre de peine accessoire, appliquée par les tribunaux répressifs. Etaient stérilisés certaines catégories de criminels (du reste variables avec les Etats), particulièrement les auteurs de crimes de mœurs.

La stérilisation apparaît donc comme la résurrection de la castration pénale des anciennes sociétés. (D'Heuqueville.)

Mais c'est surtout contre la multiplication des indésirables, les « socially inedequates classes » de Laughlin, que les Américains cherchaient à lutter. Ils voudraient en tarir la source et pensent y parvenir en écartant de la procréation les idiots, les simples d'esprit, les dégénérés, les inadaptables dont les descendants seraient, croient-ils, exposés à des anomalies multiples. D'ailleurs, les tribunaux interprètent souvent les textes dans un sens large et les appliquent aux épileptiques, déments précoces, alcooliques et toxicomanes.

Ce sont des tribunaux civils qui statuent souverainement, sur demande, après avoir consulté des médecins. Les juges parfois cherchent l'approbation des familles ou des intéressés eux-mêmes. Mais ils peuvent passer outre au veto exprimé.

Dix mille individus ont été stérilisés dans les dix dernières années, dont 5.000 rien que pour la Californie.

Sur les 6.244 cas relevés par Jean Pieri dans les statistiques officielles de l'*Eugenics Record Office*, publiées depuis 1907, 3.233 cas furent pratiqués avant 1921, dont 403 sur débiles mentaux, 270 sur psychopathes et 135 sur criminels.

Lois de défense sociale, rencontrant beaucoup de résistances dans l'application, telles nous apparaissent les législations américaines sur la stérilisation.

La stérilisation en Allemagne

En Allemagne, la stérilisation eugénique vient d'être prescrite, dès l'avènement du nouveau régime, par la loi du 14 juillet 1933, entrée en vigueur à partir du 1er janvier 1934, appelée : « Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwachses ».

Ses principales dispositions sont :

Art. I. — Toute personne atteinte d'une maladie héréditaire peut être stérilisée au moyen d'une opération chirurgicale si, d'après les expériences de la science médicale, il y a lieu de craindre, avec la plus grande probabilité, que les descendants de cette personne ne soient frappés de maux héréditaires graves, affectant leur constitution mentale ou corporelle.

Art. II. — Sont considérées comme frappées de maladies héréditaires dans le sens de la loi, les personnes atteintes de faiblesse d'esprit congénitale, démence précoce, manie et mélancolie, mal de Saint-Guy, cécité héréditaire, difformités corporelles graves et héréditaires.

La stérilisation peut être demandée par les intéressés eux-mêmes ou leurs tuteurs, le médecin d'office, éven-

tuellement le directeur de la maison où le candidat est interné. « Un Tribunal de santé héréditaire appelé « Erbgesundheitsgericht », rattaché au tribunal de Première Instance, statue sur la demande. Il doit réunir les témoignages et les expertises médicales nécessaires, avant de se prononcer. Recours est admis devant un « Tribunal supérieur de santé ». On confie l'opération à un médecin agréé par l'Empire et qui doit la faire dans un établissement autorisé.

On a évalué à 400.000 le nombre d'individus à stériliser d'après cette loi en Allemagne. Ce n'est pas autant pour diminuer la charge sociale que pour des raisons purement eugéniques qu'on s'est laissé guider dans la conception de ces lois. (Les lois allemandes reposent sur une doctrine biologique de l'hérédité et de la sélection.)

La stérilisation au Danemark

Un autre esprit domine la loi danoise du 1er juin 1929.

Elle exige le consentement de l'intéressé ou de ses représentants, consentement qu'elle sait obtenir, s'il le faut, par une pression morale, en promettant en échange la liberté. Mais c'est encore un tribunal qui statue, le plus souvent, à la suite d'un délit de mœurs.

En deux ans, au Danemark, sur 30 castrations prescrites, 18 châtrés ont été remis ensuite en liberté. On a pratiqué en outre 6 vasectomies et 5 salpingectomies. Le Danemark a donc adopté un système mixte qui permet à l'individu de manifester sa volonté avant l'opération.

La stérilisation en Angleterre

En Angleterre, les projets de loi déposés par le major A. G. Churchill, se caractérisent par plus de libéralisme. La stérilisation est réclamée au ministre de la

Santé. Le consentement de l'intéressé et de son conjoint est nécessaire, sauf pour les aliénés, reconnus stérilisables d'office. La juridiction de droit commun statue sur avis du « Bureau de Contrôle de la Natalité » (Birth Control).

Sont admises comme débilités physiques transmissibles, justifiant la stérilisation, la cécité, la surdi-mutité, l'hémophilie, la brachydactylie. Ici la stérilisation se présente donc comme une mesure de restriction volontaire de la natalité, dans un but eugénique, toute autre considération étant écartée.

La stérilisation en Suisse

C'est au point de vue purement thérapeutique que se place la législation vaudoise sur la stérilisation. Le médecin la pratique non pour des motifs d'ordre publique ni eugénique, mais pour protéger la santé menacée d'un malade.

C'est le « Conseil cantonal de santé » qui statue sur les propositions. Il apprécie si la stérilisation est dans l'intérêt bien compris du sujet. Sur chaque cas particulier, un gynécologue, un psychiâtre et un chirurgien rédigent un rapport spécial. Wanner cite comme exemple de stérilisation admise, une femme cyclothymique qui faisait preuve d'un érotisme exagéré, faisant redouter l'éventualité d'une grossesse qui aurait pu aggraver son état. La stérilisation paraissait l'intervention la plus indiquée.

Nous voyons donc comme conclusion que chaque pays a trouvé une formule propre, qui se distingue des autres, pour décider la stérilisation. Ceci nous montre d'un côté la variabilité des intérêts qui peuvent être à la base, de l'autre côté que chaque formule pèche par une certaine unilatéralité, puisqu'elle ne prend pas en con-

sidération tous les intérêts qu'une telle décision grave demande. On peut conclure, par le fait qu'on n'a pas encore trouvé une formule commune pour tous les pays, à la grande complexité de la question.

III. *Quelle est la base scientifique qui justifie la stérilisation eugénique?*

Pour avoir le droit de stériliser un individu dans un but eugénique, c'est-à-dire le priver du droit, du devoir peut-être, et du plaisir d'avoir des enfants, il faut :

1° que nos connaissances en matière d'hérédité soient assez exactes, pour pouvoir prédire que sa descendance sera, avec la plus grande probabilité, anormale ou en général héréditairement chargée;

2° que la maladie de l'individu soit actuellement ou plus tard incurable par nos moyens thérapeutiques et que sa transmissibilité soit et sera inévitable.

Or, nos connaissances en matière d'hérédité sont encore, peut-on dire, si rudimentaires, nous connaissons encore si peu du jeu intime de la transmission des caractères héréditaires, que nous ne pouvons pas nous hasarder, sans grands risques d'être démentis souvent ultérieurement par les faits, de jouer les prophètes en cette matière. Comme nous n'aurions pas pu prédire la naissance d'un Napoléon parmi tant d'ascendants et de collatéraux plus ou moins médiocres, — puis de même que cela aurait été encore plus hasardeux de prédire dans une famille tarée la naissance d'un Beethoven, — autant serions-nous le plus souvent surpris par les faits si nous osions prédire pour tel ou tel homme plus ou moins taré une descendance aussi tarée. Evidemment, il y a des statistiques qui montrent des cas où l'on peut suivre les tares à travers des générations et des générations, mais est-ce qu'on ne peut pas montrer beaucoup plus de familles, aujourd'hui normales, qui dans leur

ascendance plus ou moins lointaine comptaient un dégénéré. Comment assurer que l'apparition de telle ou telle maladie est d'origine ancestrale et pas d'une autre ? Comment nier la possibilité que les spermatozoïdes et les ovules, au cours de leur migration, ne puissent pas rencontrer des conditions défavorables qui peuvent être la cause de telle ou telle dégénérescence, physique ou psychique, de l'être futur ? Est-ce qu'on peut dire qu'une dégénérescence, dont on ignore l'origine, est héréditairement transmissible ? Comment distinguer alors les cas véritablement héréditaires ? Est-ce qu'on peut affirmer aujourd'hui que telle ou telle tare, dont on connaît si peu l'étiologie véritable, sa nature morphologique ou humorale, est et sera plus tard incurable? Dans certains cas, il est vrai, on a trouvé ou on a cru trouver une déformation ou une anomalie morphologique du cerveau. Mais combien de fois les recherches anatomo-pathologiques sont-elles restées sans résultat ? Et si c'est plutôt une question humorale, comment pouvons-nous dire aujourd'hui qu'on ne trouvera pas demain un moyen thérapeutique qui changera nos conceptions sur cette question de tout en tout. Nous voyons donc que c'est encore une responsabilité par trop grande que de se croire autorisé de permettre la stérilisation eugénique. La sagesse nous commande donc de procéder en matière eugénique avec beaucoup de prudence. Même si les expériences sur les mutations spontanées nous paraissent autoriser de recourir à la stérilisation dans un but eugénique, il y a encore trop de questions en matière d'hérédité, surtout humaine, demeurant sans réponse pour que nous puissions tirer des conclusions pratiques de nos connaissances, encore si relatives.

Les statistiques mêmes sur la descendance tarée des malades mentaux ne nous donnent pas une base suffisamment solide pour pouvoir décider en pratique et moins encore l'imposer avec autorité, cette intervention; même si l'on constate que le nombre des anormaux et

des criminels s'accroît, nous n'avons pas le droit de recourir à la stérilisation. Nous avons encore beaucoup d'autres moyens, plus humains, pour que nous puissions renoncer à la stérilisation définitive, qui est une mesure autrement inhumaine et irrévocable.

Est-ce que « la plus grande probabilité » dont parlent les lois allemandes par exemple, peut être assez grande pour qu'on puisse décider dans tel ou tel cas la stérilisation systématique ? « Est-ce que l'apparition d'un caractère indésirable chez certains individus est sûrement transmissible ? Comment le déterminer, se demande D'Heuqueville, alors que le dit caractère demeure indéfini ? »

« Bref, continue le même auteur, en pratique, avant la naissance d'un enfant, quand même les antécédents héréditaires auraient été reconstitués sur l'étendue de nombreuses générations, nul ne saurait prévoir si cet enfant manifestera ou non, les dispositions fâcheuses relevées dans l'enquête; nul ne saurait prévoir s'il n'en manifestera pas d'autres, d'apparence originale. Même en médecine mentale, où on subordonne souvent l'étiologie et la pathogénie des maladies à l'hérédité, les partisans de la doctrine de la dégénérescence ne condamnent pas forcément les fils d'un alcoolique à la dipsomanie, le fils d'un imbécile à l'imbécilité; leurs enfants peuvent être de la classe des dégénérés supérieurs, voire des génies. C'est en général plutôt d'une prédisposition que les enfants héritent que de la maladie elle-même. L'idiotie amaurotique, la chorée chronique frappent, il est vrai, des familles déterminées, mais restent rares. Quant à la chorée aiguë et l'épilepsie, elles ne sont, suivant plusieurs auteurs, héréditaires à aucun titre. »

Pour P. Marie, l'épilepsie essentielle n'est qu'un symptôme et n'est pas héréditaire. Aucune stastique ne montre que la descendance des malades mentaux soit 100 % tarée. Il n'est non plus démontré que les familles

tarées se multipliaient plus vite, au contraire. Dahlberg a relevé le coefficient de natalité chez des femmes en ménopause et a montré que chez les malades mentaux ce coefficient était de 1,97-1,38 et chez les femmes saines de 3,78 % (statistique officielle suédoise). On peut constater une répulsion sexuelle chez les schizomanes. Nous voyons donc que nous n'avons aucune raison de désespérer quant à la multiplication excessive des dégénérés. Rogozinski parle même d'un facteur de moindre vitalité chez les dégénérés. De l'autre côté, devons-nous nous expliquer les apparitions nouvelles de tares par d'autres facteurs que l'hérédité ? Nous devons penser aux blastotoxies auxquelles les embryons sont exposés pendant la vie intra-utérine et aux misères physiologiques et morales au cours de l'existence.

IV. *Les lois existant actuellement en France, permettent-elles une telle intervention?*

La loi de 1920 contre la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle interdit-elle la stérilisation ?

L'intervention, si elle est faite sans publicité préalable, constitue plutôt une manœuvre anticonceptionnelle qu'un acte de propagande, visé par la loi. Elle est inattaquable, si elle est faite dans un but thérapeutique, comme toute autre intervention sur le tractus génital, motivée par une raison curative. Mais le médecin se mettrait immédiatement en conflit avec la loi s'il le faisait dans un but eugénique, social ou autre, qui n'a rien à voir avec la thérapeutique. On se rappellera l'affaire des stérilisés volontaires de Bordeaux où plusieurs se sont fait stériliser par le professeur Bartozek. Prévôtel, l'un d'eux, l'aurait fait, avait-il dit, pour préserver la vie de sa femme. Cela n'a pas empêché la Cour de prononcer contre eux et le médecin, en application de l'article 311 (violence avec préméditation) des peines de 6 mois à 3 ans de prison.

A fortiori, le médecin doit-il repousser toute demande analogue faite par des familles, des tuteurs et des héritiers éventuels désireux d'obtenir la stérilisation d'un malade et peut-être pour des intérêts égoïstes, comme c'était le cas, par exemple, d'une jeune fille new-yorkaise qui a été stérilisée sur la demande de sa mère, pour permettre à celle-ci d'hériter de la fortune de la jeune fille, laissée par son père. Elle demandait à sa mère 600.000 dollars de dommages-intérêts. Elle croyait, a-t-elle dit, avoir été opérée d'appendicite. Les médecins qui ont procédé à la stérilisation, ont déclaré l'avoir fait parce que la jeune fille était faible d'esprit.

Le médecin peut encore s'exposer à des actions en réparations de la part des familles ou du sujet lui-même qui pourrait plus tard regretter sa décision, même s'il y a eu demande expresse d'un volontaire normal.

CONCLUSIONS

Pour conclure, on peut dire que l'Eugénique, c'est-à-dire la science qui s'occupe de l'amélioration de la race, n'a pas encore la base scientifique nécessaire, ni les moyens pratiques pour pouvoir procéder au perfectionnement de la race humaine. Elle reste encore une « Science d'intention », comme dit Edm. Perrier. Ni les recherches sur l'importance du milieu comme facteur eugénique, ni les recherches sur l'hérédité ne permettent encore d'élucider de manière satisfaisante toutes les questions de l'évolution et du perfectionnement de différentes races. Malgré les très beaux résultats que beaucoup d'auteurs (Mendel sur les végétaux, Morgan sur les animaux et d'autres) ont obtenu sur le mécanisme de l'hérédité, leur valeur quant à leur application possible à l'homme reste très illusoire. On peut dire que nos connaissances en ce qui concerne *la création* et la constitution du potentiel héréditaire de l'homme sont encore trop limitées pour pouvoir en tirer des conclusions pratiques. Notre bon sens nous incite de considérer le milieu comme facteur primordial dans la constitution de notre patrimoine héréditaire, malgré l'incertitude qui règne quant à la transmission héréditaire des caractères acquis, puisque aucune autre possibilité ne se présente

à notre esprit pour expliquer de manière satisfaisante l'évolution de la race humaine. On peut objecter à la théorie des mutations qu'elle ne saurait expliquer l'enrichissement de notre potentiel héréditaire par la création de nouveaux caractères de toutes pièces, mais seulement la transformation, le changement de ce qui existe déjà.

Quant à la stérilisation, on peut dire que si l'art chirurgical permet aujourd'hui de la réaliser sans risque grave et que cette intervention peut présenter, dans certains cas, une valeur thérapeutique non négligeable, toutefois les doctrines de l'hérédité biologique et pathologique sont encore trop incertaines pour justifier la stérilisation systématique et forcée dans un but eugénique.

Mais elle est admissible dans un but thérapeutique et ne tombe pas sous le coup de la loi de 1920 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

Mais le médecin qui la pratiquerait pour des motifs eugéniques ou si quelqu'un la réclamait dans un but autre que curatif, se verrait exposé à des actions civiles et des poursuites judiciaires graves, comme c'était pour les cas que nous avons exposés plus haut.

Mais même dans les cas admissibles on ne devrait procéder à l'intervention qu'avec la permission ou le consentement de l'intéressé, ou de la personne responsable de lui si c'est un aliéné. Et encore ne devrait-on admettre que la stérilisation temporaire qui offre

l'avantage sur la stérilisation définitive de présenter un certain caractère de prudence et de ne pas hypothéquer autant l'avenir.

Les abus possibles, dont nous avons cité quelques exemples plus haut, commandent aussi toute prudence en cette matière.

Strasbourg, le 22 mai 1937.

Vu : le Doyen,
André FORSTER.

Vu : le Président de Thèse,
Paul CHAVIGNY

Vu et permis d'imprimer.

Strasbourg, le 25 mai 1937.

Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université,

J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE

M. APERT, L. CUENOT, le Major DARWIN, Fr. HOUSSAY, L. MARCH, Gr. PAPILLAUT, Edm. PERRIER, Ch. RICHET, G. SCHREIBER. — *Eugénique et Sélection.*

BOEMINGHAUS. — *La stérilisation sexuelle.* (Zentralblatt für Chirurgie, 27. 4. 35.)

BOHNE. — *Stérilisation par indication médicale.* (Deutsche Mediz. Wochenschrift, 7. 6. 35.)

O. BUMKE. — *Eingriffe aus eugenischer Indikation.* (Arch. f. Gynäk., 1933.)

L. CARRE. — *La stérilisation en Allemagne.* (La Médecine Internationale, n° 2; 2. 2. 34.)

CAULLERY. — *Les conceptions modernes de l'hérédité.*

DALLY. — *La Stérilisation des anormaux.* (Le Concours Médical, n° 19; 12. 5. 35.)

FRAENKEL. — *Die Empfängnisverhütung.*

FRAENKEL. — *Sterilisierung und Konzeptionsverhütung.* (Archiv f. Gynäkologie, 144.)

G. D'HEUQUEVILLE. — *La stérilisation chirurgicale, les législations et la médecine légale.* (Ann. de médecine légale, criminologie et police scientifique, n° 4, avril 1934.)

DORNEDDEN. — *Internement et stérilisation des aliénés.* (Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1934, n° 32.)

J. GIRARD. — *Considérations sur la loi eugénique allemande du 14 juillet* 1933. (Thèse Strasbourg 1934.)

GOHRBANDT. — *La stérilisation sexuelle de l'homme.* (Zentralblatt f. Chirurgie, 9. 3. 35.)

H. HASELMAYER. — *Ein Beitrag zur Sterilisationsfrage Schwachsinniger.*

H. MAIER. — *Expérience pratique de la stérilisation en Suisse.* (Le problème sexuel, n° 4, nov. 1934.)

E. MAYAUD. — *Le problème de la stérilisation humaine. La société a-t-elle le droit de stériliser les individus ?* (Thèse Paris 1934.)

F. NAVILLE. — *La castration thérapeutique et préventive des délinquants et pervers sexuels.* (Journal de méd. de Lyon, 20. 11. 35.)

A. KÜHN, N. STÄMMLER, etc. — *Erbkunde, Rassenpflege, Bevölkerungspol. Schicksalsfrage des deutschen Volkes.*

J. PIERI. — *La stérilisation.* (Provence Médicale, 15. 3. 34.)

C. PLATON. — *La stérilisation au point de vue social.* (Revue de vulgarisation des sciences médicales, janvier 1934.)

Pr. REEB. — *La Stérilisation temporaire de la femme.* (La Gynécologie, novembre 1929.)

ROSNER. — *Le problème de la stérilisation des anormaux.* (Thèse Nancy 1935.)

Gr. SZWARC. — *La stérilisation eugénique des anormaux.* (Thèse Paris 1934.)

SORDUKOFF. — *Indications et applications de la stérilisation temporaire chez la femme.* (La Gynécologie, sept. 1929.)